

Systemische Eigendynamik und politische Steuerungsversuche: das Beispiel der kardiologischen/ kardiochirurgischen Versorgung

Staender, Johannes; Bergner, Elisabeth

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Staender, J., & Bergner, E. (1995). Systemische Eigendynamik und politische Steuerungsversuche: das Beispiel der kardiologischen/ kardiochirurgischen Versorgung. In H. Sahner, & S. Schwendtner (Hrsg.), *27. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Soziologie - Gesellschaften im Umbruch: Sektionen und Arbeitsgruppen* (S. 248-251). Opladen: Westdt. Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-137416>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Literatur

Hans J. Bochnik/H. Koch (1990), Die Nervenarztstudie. Köln

Nickel (1991), Gerontopsychiatrische Tagesklinik Bremen, in: Die Kerbe 4: 16.

Niemann-Mirmehdi (1991), Gerontopsychiatrische Tagesklinik Berlin, in: Die Kerbe 4: 14

Peter Netz, Prof. Dr. Günther Steinkamp, Burkhard Werner, Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie, Postfach 100 131, D-33501 Bielefeld

6. Systemische Eigendynamik und politische Steuerungsversuche: Das Beispiel der kardiologischen/kardiochirurgischen Versorgung

Johannes Staender und Elisabeth Bergner

Am Beispiel der kardiologischen/kardiochirurgischen Versorgung in der Bundesrepublik fragen wir, welche Mechanismen die beachtliche Expansion dieses Leistungsbereichs bewirkt haben mögen. Anschließend gehen wir auf die Frage ein, inwieweit die betrachteten Entwicklungen Gegenstand politischer Steuerungsversuche sind. Zunächst jedoch stellen wir ausgewählte Leistungs- und Infrastrukturdaten vor. Wir beschränken uns auf Entwicklungen, die die Diagnostik und interventive Therapie der Koronaren Herzkrankheit (KHK) im Zeitraum 1980-1993 betreffen. In diese Zeit fällt die Etablierung einer neuen Therapie, der PTCA oder Ballondilatation.

Die professionelle Arbeitsteilung hinsichtlich der KHK bestand bis gegen Ende der 70er Jahre darin, daß Diagnostik und medikamentöse Therapie Aufgaben der Kardiologie waren, während die direkte lokale Therapie (Bypass-OP) der Kardiochirurgie vorbehalten war. Mit der 1979 entwickelten PTCA verfügen die Kardiologen nun ebenfalls über eine direkte lokale Intervention. Anders als zunächst angenommen, ist die PTCA keine substitutive, sondern eine additive Technik. Wichtigstes Entscheidungskriterium, eine der beiden Therapien durchzuführen, ist der Befund aus einer Linksherzkatheteruntersuchung (LHKU).

Leistungs- und Infrastrukturdaten

Die Anzahl der LHKUen stieg von 37.300 auf rd. 280.000, die der PTCA von praktisch Null auf 70.000. Vergleichsweise moderat hat die Zahl der Bypass-OPen von 5300 auf 37.000 zugenommen (Gleichmann u.a. 1985ff.; AGLMB 1993). Der Prozentsatz derjenigen Patienten, bei denen nach einer LHKU eine Intervention angezeigt scheint, ist von 15% auf 38% gestiegen.

In der Kardiologie haben Leistungs- und Kapazitätsentwicklung im wesentlichen miteinander Schritt gehalten. Anders dagegen in der Herzchirurgie; trotz Erweiterung der chirurgischen Kapazitäten bleibt zwischen Indikationen und der Anzahl durchgeführter OPen ein jährliches Defizit von 4000-7000 OPen bestehen. Der Kapazitätsausbau ist von der Entstehung und Ausbreitung einer neuen Einrichtung - des Herzzentrums - begleitet. Mitte der 80er Jahre lag die Anzahl bei etwa 30, mittlerweile gibt es bundesweit mehr als 60 dieser Zentren.

Ein dritter Aspekt der Expansion betrifft die zunehmende Zahl von Ärzten, die in den Teilgebieten "Kardiologie" bzw. "Herz-, Gefäß- und Thoraxchirurgie" ausgebildet worden sind. Die

Zahl der Kardiologen hat sich verfünffacht, die der Kardiochirurgen mehr als verdoppelt (Verhältnis Kardiochirurgen/Kardiologen 1985 1/9,5; 1993 1/11,6).

Expansive Mechanismen

In sechs Thesen ist die leistungssteigernde Verschränkung von Diagnostik, kardiologischer und -chirurgischer Intervention dargestellt (vgl. Feuerstein 1994). Dabei bewegen wir uns auf der Ebene medizinischer Handlungsorientierungen, die sich wesentlich professionssozialisatorisch bestimmen.

- (1) Eine bildgebende Diagnostik, wie sie die LHKU darstellt, zieht therapeutische Interventionen nach sich, weil die Visualisierung der Stenose dem Arzt die direkte lokale Intervention nahelegt, und zwar näher als eine medikamentöse Therapie.
- (2) Umgekehrt gilt auch, daß mit der Verfügbarkeit einer neuen therapeutischen Intervention die Zahl der diagnostischen LHKU drastisch steigt. Zum einen wächst der Bedarf an Diagnostik durch die Therapie (Abklärung der Indikation, "Landkarten" für den Eingriff, Kontrolle des Therapieerfolges); zum zweiten ist davon auszugehen, daß allein das Wissen um erweiterte Therapiemöglichkeiten die Schwelle für die Indikation einer LHKU erheblich senkt.
- (3) Alle Therapien der KHK sind symptomatisch und damit begrenzt in ihrem therapeutischen Effekt. Nicht nur nimmt der Anteil an Mehrfacheingriffen zu, sondern auch abgestufte Therapiepläne spielen eine große Rolle: eine PTCA dient bspw. der Verzögerung einer Operation oder Reoperation.
- (4) Zunehmende Beherrschung und Verfeinerung der neuen Techniken verbreitert das Indikationsspektrum und damit den Kreis möglicher Patienten. Numerische Altersbegrenzungen für Diagnostik wie für Therapie sind gefallen. Die Normen hinsichtlich Behandlungsbedürftigkeit und -möglichkeit weiten sich aus.
- (5) Die Weiterbildung für die genannten Teilgebietsbezeichnungen findet gleichsam "an der Spitze der Bewegung", nämlich in den Herzzentren statt. Mit den Worten 'Diffusion' und 'Veralltäglichung' ist ein Prozeß markiert, der im Fall der Kardiologen bis in den ambulanten Sektor hineinreicht. Bestätigt und sanktioniert ist diese Entwicklung durch ein Urteil des Bundessozialgerichts, in dem die Kathetertechnik als zur Berufsausübung eines Kardiologen gehörend definiert wird. Für Herzchirurgen beschränkt sich der Diffusionsraum freilich auf die herzchirurgischen Zentren.
- (6) Mit der letzten These verlassen wir den Bereich medizinischer Handlungsorientierungen. Als Randbedingung der Expansion wollen wir die Feststellung aufnehmen, daß das Finanzierungssystem - in diesem Leistungsbereich sind größtenteils Sonderentgelte vereinbart - keinen die Mengenausweitung limitierenden Faktor darstellt.

Das skizzierte Ineinandergreifen verschiedener Faktoren legt die Interpretation nahe, bei all dem handle es sich um einen Prozeß zirkulärer Stimulation, also einen eigendynamischen Prozeß (vgl. Mayntz/Nedelmann 1987). Wo und wie kann demgegenüber von Steuerung, genauer: von staatlicher Steuerung die Rede sein?

Staatliche Steuerung

Wenn man diese Frage stellt, gerät zunächst die staatliche Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung auf Länderebene in den Blick. Deren Gegenstand sind sachlich-technische Kapazitäten: Bauten, Betten und Gerätschaften. Krankenhausgesellschaften und Kassenverbände sind am Planungsverfahren zu beteiligen. Über Zahl und Standort medizinischer Großgeräte befindet in jedem Bundesland ein Großgeräteausschuß, dem Vertreter der Kassen, Vertragsärzte, Krankenhäuser und ein Vertreter der zuständigen Landesbehörde angehören. Der Ausschuß soll für eine zwischen niedergelassenem Bereich und Krankenhaussektor abgestimmte Entwicklung der Geräteausstattung sorgen. Kathetermeßplätze sind bislang freilich weit überwiegend in Kliniken eingerichtet worden, erst in jüngster Zeit bemühen sich niedergelassene Kardiologen verstärkt um die Genehmigung eines Meßplatzes.

Die sachlich-technischen Grundlagen für die betrachteten Leistungsentwicklungen sind also im wesentlichen durch Länderentscheidungen geschaffen worden. Woran hat man sich dabei orientiert? Im Auftrag der Gesundheitsminister, die damit auf eine auch in der Öffentlichkeit wahrgenommene Mangelversorgung reagierten, hat die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten 1984 einen Richtwert erarbeitet. Bei dessen Bestimmung sind mangels geeigneter Orientierungsmarken Vergleiche mit anderen Ländern gezogen worden. Und auch weil in den USA drei- oder viermal so viele Operationen durchgeführt wurden wie in der Bundesrepublik, hat man hierzulande politischen Handlungsbedarf gesehen. Da die Warteliste trotz Kapazitätenausbaus nicht kürzer wurde, ist der Richtwert 1988 nahezu verdoppelt worden. Dennoch ist die tatsächliche Entwicklung auch über den revidierten Richtwert alsbald hinweggegangen.

Beim Ausbau der Herzchirurgie sind die Länder demnach weitgehend der Nachfrageentwicklung gefolgt. Nach einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts müssen sie bei ihren Entscheidungen auf den "tatsächlich zu versorgenden Bedarf" abstellen, sie dürfen also keine normativen Bedarfsvorstellungen zugrundelegen. Der Kapazitätenbedarf wird wesentlich durch den Leistungsbedarf bestimmt. Der Leistungsbedarf wiederum ergibt sich aus den Entscheidungen des Arztes, dessen Handeln sich einem direkten Zugriff staatlicher Steuerung entzieht. Die Länder sind daher grundsätzlich auf eine nachfrage- bzw. inanspruchnahmeorientierte Kapazitätenpolitik festgelegt. "Deshalb", so ein Ministerialbeamter, "steuern wir auch nix".

Steuerungsmöglichkeiten hat das Land allerdings in bezug auf die regionale Verteilung der Kapazitäten. Zudem finden sich Beispiele für restriktive Entscheidungen: Manches Krankenhaus muß lange um seinen Kathetermeßplatz kämpfen, Anträge werden abgelehnt, ein nicht genehmigter Meßplatz muß geschlossen werden. Grosso modo aber folgen die Länder unter dem Postulat der Bedarfsgerechtigkeit der im Versorgungssystem eigendynamisch generierten Nachfrage.

Nun gibt es Studien, denen man entnehmen kann, daß in England und den USA ein Teil der Katheteruntersuchungen und Bypassoperationen aufgrund zweifelhafter Indikationsstellungen erfolgt (Bernstein u.a. 1993). Käme eine deutsche Studie zu ähnlichen Ergebnissen, dürfte sie rechtlich gesehen kein angebotspolitischer Orientierungspunkt sein. Von den Krankenkassen anerkannte Behandlungsentscheidungen sind kapazitätenbedarfsrelevant. Mit dem Medizinischen Dienst verfügen die Kassen zwar über eine Möglichkeit, die Angemessenheit von Behandlungs-

entscheidungen zu kontrollieren, der Wirkungsradius dieses Instruments ist aber begrenzt; im Einzelfall müßte geprüft werden, ob eine Indikation angemessen ist.

Gewiß kann die Überprüfung der Indikation zum Bestandteil von Qualitätssicherungsprogrammen gemacht werden, Aktivitäten des Bundesgesundheitsministeriums gehen in diese Richtung. Ob die Leistungsexpansion dadurch in nennenswertem Umfang gedämpft würde, erscheint zweifelhaft. Selbst wenn es gelänge, die Zahl fragwürdiger Indikationsstellungen weitgehend zu reduzieren, würde die umrissene Dynamik in ihrem Kern dadurch nicht berührt.

Man kann die autonome Bestimmung der Behandlungsbedarfe im Versorgungssystem als Ausdruck der selbstreferentiellen Operationsweise dieses Systems interpretieren (Luhmann 1990). Die Frage wäre dann, ob man damit das zentrale Problem politischer Steuerung benannt hätte. Ein wichtiger Aspekt der Steuerungsproblematik ist damit sicherlich getroffen. Betrachtet man allerdings die Leistungs- und Kapazitätenentwicklung in vergleichbaren Ländern, stößt man auf Unterschiede, deren Erklärung den Rekurs auf institutionell-organisatorische Strukturen und auf Handlungsorientierungen konkreter Akteure erzwingt (vgl. Brand 1993). Zur Erklärung expansiver Entwicklungen und zur Untersuchung der Möglichkeiten und Grenzen politischer Steuerung ist daher die Anwendung eines Analyse Rahmens erforderlich, der den Gesichtspunkt der "autopoietischen Autonomie" als Bestimmungsfaktor eigendynamischer Entwicklungen relativiert und eine Vielzahl von Faktoren wie etwa den Finanzierungsmodus, von der Ressourcenlage bestimmte Versorgungsstandards oder den Zuschnitt und die Verteilung von Planungskompetenzen berücksichtigt (Rosewitz/Schimank 1988).

Literatur

- AGLMB (1993), 6. Bericht des Krankenhausausschusses der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten zur Situation der Herzchirurgie 1993 in Deutschland. Hannover.
- Bernstein, S.J. u.a. (1993), The Appropriateness of the Use of Cardiovascular Procedures, in: International Journal of Technology Assessment in Health Care 9: 3-10.
- van den Brand, M. (1993), Utilization of Coronary Angioplasty and Cost of Angioplasty Disposables in 14 Western European Countries, in: European Heart Journal 14: 391-397.
- Feuerstein, G. (1994), Ausdifferenzierung der kardiologischen Versorgungsstruktur und Kliniklandschaft. In: Badura, B./Feuerstein, G.: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Weinheim/München.
- Gleichmann, U. u.a. (1985 ff.), Bericht über Struktur und Leistungszahlen der Herzkatheterlabors in der Bundesrepublik Deutschland, in: ZfKardiologie.
- Luhmann, N. (1990), Der medizinische Code. In: ders.: Soziologische Aufklärung 5. Opladen.
- Mayntz, R./Nedelmann, B. (1987), Eigendynamische Prozesse. Anmerkungen zu einem analytischen Paradigma, in: KZfSS 39: 648-668.
- Rosewitz, B./Schimank, U. (1988), Verselbständigung und politische Steuerbarkeit gesellschaftlicher Teilsysteme. In: Mayntz, R. u.a.: Differenzierung und Verselbständigung. Frankfurt/M.